

Historial Anual del Paciente, Mayores de 18 Años

Nombre del Paciente (Impresión) _____ DOB _____ Ocupación _____

Estado Civil _____ Genero M F

Cualquier cambio en la historia familiar, por favor explique					
M = Madre P = Padre A = Abuelos H = Hermano					
Descripción	M	P	A	H	Edad de inicio / Comentarios

HISTORIA PERSONAL

Cualquier medicamento nuevo de otro proveedor: _____

Hospitalizaciones, causa y fecha (s): _____

Otros problemas de salud: _____

Cirugías, tipo y fecha (s): _____

MANTENIMIENTO DE ATENCIÓN MÉDICA: Complete si tuvo alguno de estos en el último año por parte de otro proveedor:

Para todas:

Examen físico Si No

Taburete para sangre Si No Colonoscopia Si No

Prueba de colesterol Si No

Examen de la vista / prueba de la vista Si No

Prueba de audición Si No

Examen dental Si No

Para mujeres:

¿Hace usted autoexámenes de mamas mensuales? Si No

Mamografía? Si No

Examen de mamas por proveedor Si No

Papanicolaou / examen pélvico? Si No

Para los hombres:

¿Hace exámenes mensuales de auto-testículos? Si No

Examen de próstata / testículo por el proveedor? Si No

PSA Prueba de sangre Si No

¿Tienes un arma? Si No ¿Practica la seguridad con las armas? Si No

¿Alguna historia o abuso? Mental Físico Sexual Emocional

Revisión de sistemas: ¿Ha habido cambios o problemas nuevos que son condiciones crónicas recurrentes? Explique a continuación.

Por favor explique: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____ Firma del proveedor _____ Fecha: _____